



## Les profils socioéconomiques et cliniques des patients hospitalisés au service de psychiatrie du Centre Hospitalier National Universitaire de Fann (Sénégal)

*Social economic and clinical profiles of incoming patients at Psychiatry Department of teaching hospital of Fann (Senegal)*

Sy A<sup>1</sup>, Sheikh T L<sup>2</sup>, Diagne N S<sup>3</sup>, Ndiaye M<sup>1</sup>, Soedje K M A<sup>5</sup>, Tine J A D<sup>4</sup>, Cisse O<sup>3</sup>, Thiam M H<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Service de psychiatrie Centre Hospitalier National Universitaire de Fann

<sup>2</sup> Hôpital fédéral neuropsychiatrique de Kaduna (Nigeria), département des services cliniques

<sup>3</sup> Service de Neurologie Centre Hospitalier National Universitaire de Fann

<sup>4</sup> Service de Santé publique et Médecine Préventive Université Cheikh Anta DIOP de Dakar

### RESUME

**INTRODUCTION :** L'accès à des soins de qualité en psychiatrie pose problèmes dans plusieurs pays africains. Notre étude avait pour objectif de décrire les difficultés de la prise en charge des patients hospitalisés au service de psychiatrie du CHNU (Centre Hospitalier National de Fann).

**PATIENTS ET METHODE :** Nous avons mené une étude transversale allant du 1<sup>er</sup> Avril 2014 au 31 Octobre 2014, dans le service de psychiatrie du CHNU de Fann. Elle a concerné les patients hospitalisés plus de trois jours. Nous avons mené des entretiens individuels semi directifs selon le modèle de l'examen en psychiatrie. Les données recueillies ont été traitées et analysées à l'aide du logiciel Epi-Info 3.5.4 (CDC-Atlanta)

**RESULTATS :** La population d'étude était constituée de 101 patients avec un âge moyen de 32,2 ans  $\pm$  11.1 ans et une prédominance masculine de 62,4 %. Ils avaient un niveau d'étude universitaire dans 29,7 % des cas et sans profession dans 33,6 % des cas. Les motifs de consultation étaient l'insomnie dans 74,5 % des cas ; l'agitation psychomotrice dans 44,9 % des cas et l'agressivité dans 43,9 % des cas. La prise de cannabis (*Cannabis sativa L.*) était souvent liée aux circonstances de début 28,6 % ou à l'origine de la maladie 22,8 %. Le coût moyen de l'hospitalisation était compris entre 84 000 et 300 000 francs CFA (179 \$ et 632\$) pour une durée moyenne de deux semaines.

**DISCUSSION :** Les facteurs de diversion des patients hospitalisés en psychiatrie sont multiples. En plus du coût élevé de l'hospitalisation, il faut ajouter des facteurs socioéconomiques et l'absence de politique de santé répondant aux besoins des populations.

**Mots clés :** santé mentale, hospitalisation, coût, Sénégal

**Conflit d'intérêt :** Aucun

### SUMMARY

**INTRODUCTION:** Access to quality mental health care is poor in many African countries. We aimed to study the sociocultural and financial factors related to hospitalization in psychiatric department of Fann CHNU and to describe difficulties during management of hospitalized patients with mental disorders.

**METHOD AND PATIENTS:** We conducted a cross-sectional study among patients hospitalized in the psychiatric ward from April to October 2014. Patients who spent less than three days were excluded. The semi-structured individual interviews on the type of mental disorder and cost of hospitalization was administered. Data were processed and analysed using the Epi-Info 3.5 software.

**RESULTS:** The study population was 101 patients with average age of 32.2( $\pm$  11.1) years, majority were male (62.4%) with the same proportion being singles. Only 29.7% had University education, 33.6% were unemployed and patients from the Dakar region represented 23.8% of the population. The most frequent reasons for consultation were insomnia (74.5%); psychomotor agitation (44.9%) and aggressiveness (43.9%). Using psychoactive substance was linked to the onset of illness in 28.6% or attributed to cause of illness in 22.8%. Average cost of hospitalization was between 84,000 and 300,000 CFA francs (128€ and 457€) for an average duration of two weeks.

### CONCLUSION

Sociodemographic characteristics of psychiatric inpatients and high cost of hospitalization could hinder the uptake of orthodox mental health care and encourage patronage of traditional treatment. This is compounded by other factors such as the place of origin of patients and absence of health policy that meets the specific needs of people.

**Key words:** mental health, Senegal, hospitalisation, cost



## INTRODUCTION

L'accès à des soins de qualité reste une préoccupation particulière en Afrique. Celui-ci ne peut se faire que dans le cadre d'une politique de santé inscrite dans la logique de garantie de l'accès aux soins de santé aux populations et en particulier aux indigents. [1] En effet, Criel [2] estime qu'au-delà d'un certain niveau les coûts de soins de santé entrent en conflit avec les dépenses vitales des familles. Cela peut être un facteur de diversion vers la médecine traditionnelle. Ainsi, la conférence d'Alma-Ata, pour éviter ce gap, a suggéré des stratégies et politiques nationales pouvant garantir des soins de santé équitables, accessibles à l'ensemble de la population [3]. Même si l'état du Sénégal s'est inscrit dans cette dynamique, il reste à faire dans le domaine de la psychiatrie. Ce travail était pour nous l'occasion d'analyser certains facteurs qui entravent l'accessibilité aux soins.

## METHODOLOGIE

Notre étude avait pour objectif général de décrire les difficultés de la prise en charge des malades mentaux hospitalisés au service de psychiatrie du CHNU de Fann. Les objectifs spécifiques étaient de:

- Décrire les caractéristiques sociodémographiques des patients hospitalisés au service de psychiatrie du CHNU de Fann
- Décrire les aspects socioéconomiques de la prise en charge des patients suivis en hospitalisations au service de psychiatrie du CHNU de FANN

Le travail s'est déroulée au service de psychiatrie (Clinique Moussa DIOP) du Centre Hospitalier Universitaire National de Fann (CHNU).

Il s'agissait d'une étude transversale. Il a concerné les patients hospitalisés dans le service de psychiatrie, sur une période de six mois, allant du 1<sup>er</sup> Avril 2014 au 31 Octobre 2014.

Tous les patients qui ont séjourné en hospitalisation dans le service de psychiatrie du CHNU de Fann durant la période d'étude ont été inclus dans notre étude. Toutefois, les patients dont la durée du séjour était inférieure à trois jours n'ont pas été inclus de notre étude.

Les entretiens ont été réalisés selon le modèle de l'examen en psychiatrie sur la base d'un questionnaire hétéro administré. Dans un premier temps, nous avons mené des entretiens semi directifs seul avec le malade et dans un second temps en présence de son accompagnant. Du fait du contexte socio-culturel, nous avons particulièrement recherché lors des entretiens, l'existence de croyance ancestrale à type de « *tuur* » et de « *xamb* ». Un *tuur* étant un esprit ancestral identifié de longue date. Il s'agit d'une croyance attachée à un lignage, un

quartier ou un village, consistant le plus souvent en un *rab* ou esprit auquel l'ancêtre a voué un culte assidu qui l'a hissé au rang de *tuur*. [4, 5] Il s'en suit une alliance transmissible de génération en génération. Ce pacte se matérialise pour la domestication du *tuur* avec l'établissement d'un autel appelé *xamb* lors d'une cérémonie rituelle. Ainsi, l'offrande de nourriture et la reconnaissance sociale sont assurées au *tuur*, contre la fertilité, le savoir, la santé et la richesse qui viennent à l'homme. Le *tuur* est la cérémonie rituelle individuelle ou collective qui vise à invoquer l'esprit protecteur de l'individu, d'une ville ou du village lors de cérémonies accompagnées ou non de chants et de danse. Il est basé sur des sacrifices et des bains rituels dans les *xamb*. [5] Du bétail peut être sacrifié et il peut s'agir aussi d'offrande de lait caillé ou de noix de cola. Au terme de cette cérémonie le plus souvent le lien rompu, qui était à l'origine de la maladie, est rétabli. Le *tuur* peut aussi dicter des sacrifices à faire pour protéger la personne ou le village. [4] Les données recueillies ont été traitées et analysées à l'aide du logiciel Epi-Info 3.5.

Concernant les considérations éthiques ; les patients ont donné leur consentement verbal éclairé et nous leurs avons garanti l'anonymat.

## RESULTATS

Nous avons recruté 107 patients parmi lesquels 101 ont été retenus après avoir appliqué les critères d'inclusion et de non-inclusion. Le tableau I illustre les caractéristiques de la population d'étude.

Tableau I : Les caractéristiques sociodémographiques et professionnelles des patients hospitalisés au service de psychiatrie du CHNU de Fann du 1<sup>er</sup> Avril 2014 au 31 Octobre 2014 pour une population d'étude de 101 patients.

Caractéristiques	n (%) or $\mu$ ( $\pm$ ε)
<b>Caractéristiques socio biographiques</b>	
Age (année)	32,2 ( $\pm$ 11,1)
Sexe : masculine	63 (62,4)
Situation matrimoniale	
Célibataire	64 (63,4)
Marié	26 (25,7)
Divorcé	9 (8,9)
Veuf	2 (2)
Niveau d'instruction	
Non instruit	16 (15,8)
Primaire	15 (14,9)
Secondaire	40 (39,6)
Universitaire	30 (29,7)
Religion	
Musulmane	92 (91,1)
Lieu de résidence	
Dakar	24 (23,8)
Saint Louis	14 (13,9)
Thiès	12 (11,9)
Kaolack	9 (8,9)



# Revue Africaine de Médecine Interne (RAFMI)

Diourbel	9 (8,9)
Louga	8 (7,9)
Casamance	7 (6,9)
Autres régions	6 (5,9)
Étrangers	12 (11,9)

## Caractéristiques professionnelles

Secteur d'emploi	
Formel	18 (17,8)
Informel	25 (24,8)
Sans profession (oui)	34 (33,6)

Pour la répartition des patients selon les antécédents Personnels ; des antécédents psychiatriques sont retrouvés chez 67,3 % des patients avec un nombre moyen d'hospitalisations de 2,9 et des extrêmes allant de 1 à 35 hospitalisations.

Une notion de « *tuur* » ou de « *xamb* » était retrouvée dans 42,6 % des cas soit 43 patients.

La consommation de substance psychoactive (SPA) était retrouvée chez 51,5% (52 patients) de la population à l'étude. Pour la plupart, il s'agissait d'une poly consommation (44 patients).

La majorité des patients (89,1 %) étaient hospitalisés pour la première fois dans le service de psychiatrie du CHNU de Fann. Le motif de consultation le plus fréquemment rencontré était l'insomnie à hauteur de 74,5 % des patients, comme représenté au tableau II.

**Tableau II : Le diagnostic des patients hospitalisés au service de psychiatrie du CHNU de Fann du 1<sup>er</sup> Avril 2014 au 31 Octobre 2014 pour une population d'étude de 101 patients.**

Diagnostic	Effectifs (n)	Pourcentage (%)
Démence	2	2
Troubles mentaux et troubles du comportement lié à l'utilisation d'alcool	4	4
Troubles mentaux et troubles du comportement lié à l'utilisation de substances psycho-actives multiples	23	22,8
Trouble psychotique aigu polymorphe	17	16,8
Schizophrénie	15	14,9
Accès maniaque	8	7,9
Trouble affectif bipolaire	16	15,8
Épisode dépressif	7	6,9
Trouble dissociatif de conversion	7	6,9
Troubles mentaux et troubles du comportement sévère associé à la puerpéralité	2	2
Total	101	100

Plus de trois quarts des patients (76,3 %) présentaient des symptômes qui évoluaient depuis moins d'un an.

La prise de substance psychoactive et la rupture thérapeutique étaient les circonstances de survenue les plus fréquentes avec respectivement 28,6 % et 20,8 %.

La majorité des patients suivis (97 %) était accompagnée. Dans 69,3 % des cas, il s'agissait d'un parent. L'accompagnateur était un garde malade dans 27,7 % des cas.

Le diagnostic de troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives multiples représentait 22,8 % de la population à l'étude. Au tableau III, nous avons illustré cette répartition.

Les neuroleptiques étaient prescrits chez 84,2 % de la population à l'étude comme illustré au tableau IV.

Une bonne compliance thérapeutique était retrouvée chez 95% des malades.

Des effets secondaires étaient rapportés chez 20 patients soit 19,8 % de la population à l'étude. Il s'agissait surtout de syndrome malin (2 cas) de dyskinésies (5 cas), de vomissements (2 cas) et de vertiges (2 cas).

Le cout moyen indirect de la prise en charge de l'hospitalisation et des médicaments était de 84 666 frs CFA (179 \$ US) avec des extrêmes allant de 4000 frs CFA (09\$) à 300000 frs CFA (632 \$ US)

Après deux semaines d'hospitalisation, il était noté un amendement du tableau clinique chez 89,1% de la population à l'étude.

## DISCUSSION

Près de la moitié de notre population d'étude provenait des régions de Dakar, Saint Louis et Thiès sur les quatorze (14) que compte le Sénégal. La faible fréquence des patients provenant des autres régions ne traduit pas forcément une absence de pathologie psychiatrique. Cela pourrait être mis sur le compte d'un défaut de vulgarisation de la psychiatrie et de la perception de la pathologie mentale comme due à des forces maléfiques [6]. En outre, moins d'un ¼ des patients provenaient de la région Dakar. Cette mobilité des patients alourdit les dépenses de santé et rend difficile le suivi. En effet, en sus des charges inhérentes à l'hospitalisation, celle-ci nécessite souvent la présence d'un accompagnateur. L'option de l'accompagnement du patient par un parent a plusieurs avantages : le soutien psychologique aux patients et la suppléance du manque d'effectifs surtout d'aides-soignants [7]. Dans notre étude, plus de la moitié des patients 69,3 % sont accompagnés par un membre de leur famille et 27,7 % par un accompagnateur professionnel. La professionnalisation de l'accompagnement est une pratique qui gagne du terrain du fait que de plus en plus de famille ont des difficultés pour trouver un des leurs qui est capable de rester avec le patient en hospitalisation. Cela peut se comprendre dans le cadre des pathologies chroniques et récurrentes. En effet, 67,3 % de notre population d'étude avaient des antécédents psychiatriques.



La distance à parcourir entre le domicile du patient et le lieu de rendez-vous constitue une contrainte dans le respect des rendez-vous du suivi. À ce titre, il n'est pas rare de voir un patient parcourir plus de 200 km pour un renouvellement d'ordonnance, occasionnant une perte de temps et des dépenses supplémentaires. Cela occasionne très souvent un recours au tradipraticien [6, 1]. Ce comportement est en rapport avec les réalités socio-culturelles. Dans notre étude, un peu moins de la moitié de la population d'étude 42,6 % se réfèrent à leurs croyances à type de « *tuur* » et de « *Xamb* ». En effet, ces croyances ancestrales sont souvent invoquées pour expliquer l'origine de la maladie dont on attribue la cause à la rupture du lien ancestral avec le *tuur* [4]. Ainsi la maladie est perçue comme une punition du *tuur* dont la guérison ne peut passer que par des sacrifices lors du *tuur* [5]. En outre, l'inégalité d'accès au service de santé mentale dans tout le pays concourt à favoriser cette diversion [8]. En effet, sur les 14 régions du Sénégal seules 6 ont des structures psychiatriques. En dehors des structures situées à Dakar et à Saint Louis, toutes les autres sont tenues par des organismes non étatiques. Ces aspects font ressortir les inégalités spatiales et sociales dans les offres de soins [8]. Le Maroc a résolu cette problématique en introduisant les soins psychiatriques dans les soins de santé de base afin de promouvoir la psychiatrie de proximité et de favoriser l'alliance et le partenariat avec la famille et l'entourage des malades [6]. Ceci constitue un des objectifs majeurs en matière de politique de santé mentale au Sénégal. Cette volonté politique s'est traduite par le passage du bureau de santé mentale en division. L'ensemble des stratégies développées vise à long terme la couverture sanitaire de toute la population au nom du principe de solidarité et en même temps un meilleur financement pour le secteur tant public que privé. [6]

Les résultats de notre étude, soulignent tout l'intérêt de promouvoir cette politique de santé mentale. En effet, la population d'étude était à prédominance masculine 62,4 % avec un âge moyen de 32,2 ans  $\pm$  11,1 ans, expliquant la prédominance des célibataires 63,4 %. Malgré la forte fréquence des patients instruits au moins jusqu'au niveau secondaire (69,3 %), seuls 17,8 % des patients étaient dans le secteur formel. Cela pose le problème du recouvrement des frais en soins. Alenda [9] dans son étude a trouvé des fréquences similaires en ce qui concerne les niveaux économiques et d'instruction. Il précise qu'en Afrique subsaharienne, la couverture des dépenses de santé est instituée pour le seul secteur « formel » alors que celui-ci ne représente que 10 % des travailleurs [9]. Les difficultés de la prise en charge inhérentes à cet important taux de personnes sans

ressources sont rapportées par d'autres auteurs [7, 1]. A ce titre Ouendo[1] dans son étude a montré que 27 % des chefs de ménage ont une accessibilité financière permanente aux soins et services de santé. Cette accessibilité financière est plus faible chez les indigents (9 %) que chez les non-indigents (46 %). Le système de soins au Sénégal, comme dans beaucoup de pays africain, est basé depuis 1980 sur le recouvrement des coûts (paiement direct) [7, 10]. Ceci justifie le fait que les dépenses de santé sont prises en charge par la famille. Le plus souvent, il s'agit du seul parent qui travaille dans la famille ou d'un parent éloigné. Le mode de paiement direct des soins et le coût relativement élevé de la prise en charge sont des facteurs qui poussent les patients vers la thérapeutique traditionnelle [1]. Même si le coût cumulé du traitement traditionnel n'est pas forcément moins cher. Les tradithérapeutes ont résolu ce problème en offrant des modalités de paiement qui collent avec les différentes situations socioéconomiques de leurs patients [1]. Dans notre étude le coût moyen de l'hospitalisation était de 84 666 frs CFA (2,4 fois le SMIG (Salaire minimum interprofessionnel garanti), qui depuis 1996 se situe autour de 40 000 FCA par mois ; pour une durée moyenne d'hospitalisation de 15 jours. Le coût moyen d'hospitalisation dans le service de neurologie du CHU Campus (Lomé, Togo) est estimé à 389 586  $\pm$  48 485 F CFA avec des extrêmes de 46 510 F CFA et 2 604 755 F CFA pour une durée moyenne de séjour (DMS) de 19,76  $\pm$  2,5 jours. Il est 19 fois plus élevé que le salaire mensuel minimal de la fonction publique au Togo et représente plus d'un an de salaire [7]. Ces difficultés font que l'accompagnement de la famille est fortement tributaire de la cause supposée de la maladie. À ce titre, il faut souligner que l'usage de cannabis, souvent incriminé, dans la croyance populaire lors de la survenue d'une pathologie mentale, peut constituer un frein dans l'accompagnement de la famille dans les soins. [11] Les patients sont souvent victimes d'une stigmatisation. Dans notre étude, la consommation de cannabis est retrouvée chez plus de la moitié des patients 51,5 % des cas. Pour la plupart, il s'agissait d'une poly-consommation. Cependant, le diagnostic de troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives multiples n'est retenu que dans 22,8 % des cas. Ces chiffres montent une fois de plus la complexité des liens entre l'usage de cannabis et la survenue de troubles psychiques. D'où la nécessité d'impliquer la famille dans la prise en charge dès l'hospitalisation pour une psychoéducation. Cela peut permettre une meilleure prévention des rechutes en insistant sur les signes précurseurs. Dans notre étude, les motifs de consultation les plus fréquents étaient l'insomnie 74,5% ;

l'agitation psychomotrice 44,9 % et l'agressivité 43,9 % des cas. Les motifs de consultations étaient souvent multiples. Toutefois, les motifs de consultations les plus fréquents sont des symptômes plutôt gênant pour l'entourage que pour le patient. À ce titre, la rupture thérapeutique constitue rarement un motif de consultation, alors qu'elle est retrouvée dans 20,8 % des cas. Ce retard de consultation peut être mis en rapport avec les difficultés financières des familles. Devant cela, il est important de souligner que le Sénégal, à l'instar d'autres pays africains, a développé des politiques de suppression du paiement ciblant certaines catégories de services ou de personnes. Cependant, ces derniers sont souvent confrontés à des problèmes de mise en œuvre [10]. Ces éléments mettent en exergue la nécessité de développer la couverture par une assurance maladie qui reste faible au tour de 20 % de la population au Sénégal [9]. L'extension de cette dernière à certaines pathologies mentales pourrait améliorer la prise en charge psychiatrique qui repose sur l'utilisation de neuroleptiques classiques retrouvée dans 84,2 % des cas. Cette fréquente utilisation de neuroleptique peut se comprendre par les diagnostics évoqués. En effet, il s'agit pour la majeure partie des cas de pathologie avec des manifestations psychotiques. Ces neuroleptiques sont pourvoyeurs d'effets secondaires, dans notre étude, ils sont présents dans 19,8 % des cas. Une étude canadienne a rapporté une fréquence, de ces effets secondaires, qui varie entre 20 % à 35 % durant les cinq premières années de traitement. [12]. Il faut rappeler que ces effets secondaires sont des facteurs de mauvaises compliances thérapeutiques. Depuis l'utilisation de neuroleptiques atypiques associée à l'administration de doses moins importantes, les effets secondaires ont diminué. Ce qui peut expliquer la forte compliance thérapeutique que nous avons retrouvé dans 95% des cas. Le cadre de l'hospitalisation aussi constitue un facteur de compliance au traitement. Cependant, après la sortie cette proportion baisse rapidement ce qui est souvent à l'origine de la rechute. Ainsi, nous pensons qu'il serait intéressant de se pencher sur les facteurs de rechute.

## CONCLUSION

Les coûts élevés de l'hospitalisation et l'absence d'un accompagnement institutionnel constituent des facteurs qui contribuent à la diversion des patients vers la médecine traditionnelle. Celle-ci semble proposer un modèle plus adapté aux réalités socioéconomiques locales. La mise en place d'un modèle intégrant ces difficultés pourrait, à terme, permettre de proposer une solution aux difficultés d'hospitalisation des patients souffrant de troubles psychiatriques au Sénégal.

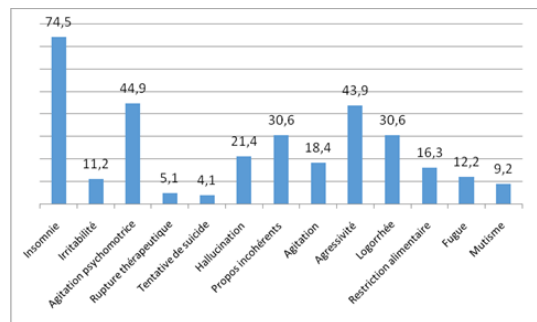


Figure 1 : Les motifs de consultation en pourcentage des patients hospitalisés au service de psychiatrie du CHNU de Fann du 1<sup>er</sup> Avril 2014 au 31 Octobre 2014 pour une population d'étude de 101 patients.

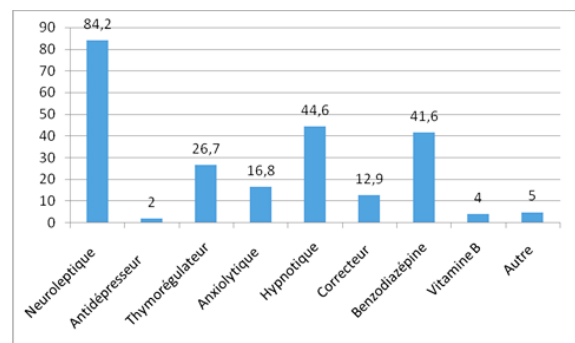


Figure 2. Traitement reçu en pourcentage des patients hospitalisés au service de psychiatrie du CHNU de Fann du 1<sup>er</sup> Avril 2014 au 31 Octobre 2014 pour une population d'étude de 101 patients.



## RÉFÉRENCES

1. Ouendo Edgard-Marius, Makoutodé Michel, Wilmet-Dramaix Michèle, ParaisoMoussiliou, Dujardin Bruno. Accès aux soins de santé au Bénin : indigence et réseaux d'aide communautaire. *Cahiers Santé* 2004; 14: 217-21
2. Criel B. *District-based Health Insurance in sub-Saharan Africa, Part I and Part II*. Antwerpen : ITG Press, 1998 ; Part I : 149, Part II : 91
3. Organisation mondiale de la santé (OMS). *Les soins de santé primaires : rapport de la conférence internationale sur les soins de santé primaires, Alma-Ata (URSS)*. Genève : OMS, 1978
4. Paes M, Toufiq J, Ouanass A, El Omari F. La psychiatrie au Maroc. *L'Information psychiatrique* 2005 ; 81 : 471-80
5. Balogou AAK, Tossa KR, Belo AKM, Grunitzky KE. Prix de revient d'une hospitalisation dans le service de neurologie du CHU de Lomé (Togo). *Cahier d'études et de recherche francophones / santé*.2004 ;2, 14 : 109-14
6. Ndiaye L. L'initiation : une pratique rituelle au service de la victoire de la vie sur la mort. *Etiopique* n° 72 littérature, philosophie, art 1<sup>er</sup> semestre 2004. Ethiopiques.refer.sn
7. Zempleni A. la dimension thérapeutique du culte des raab, ndeup, turu et samp ; rites de possession chez les lebou et les wolofs. *Psychopathologie africaine* 1966, 3 : 296-439
8. Livinec B, Milléliri JM, Rey JL, Saliou P. Inégalités d'accès aux soins en Afrique. *Med Sante Trop* 2013 ; 23 : 120-127.
9. Alenda J, Boidin B. L'extension de l'assurance-maladie au Sénégal : avancées et obstacles. *Med Sante Trop* 2012 ; 22 : 364-369
10. Mbaye EHM, Ridde Va, Kâ O. Les bonnes intentions ne suffisent pas : analyse d'une politique de santé pour les personnes âgées au Sénégal. *Santé Publique* 2013 ; 1,25 :107-112.
11. Cohen D, Bisson J. Médication neuroleptique et risque de dyskinésie tardive : une enquête auprès de psychiatres et d'omnipraticiens du Québec. *Santé mentale au Québec* 1997 ; 22, 1 : 263-282.
12. Asare JB., Obot IS. Des Politiques pour le Traitement de la Dépendance aux Drogues en Afrique de l'Ouest Document de référence de la WACD n°8 1. [www.wacommissionondrugs.org](http://www.wacommissionondrugs.org)